

 **Esto es sólo un resumen.** Si necesita más detalles sobre la cobertura y los costos, puede obtener los términos completos en la póliza o documento del plan en [juanag@westernbeef.com](mailto:juanag@westernbeef.com) o llamando al 1-718-417-3770 o [Dannyr@westernbeef.com](mailto:Dannyr@westernbeef.com)

Preguntas Importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <b>deducible</b> total?	<b>\$0</b>	Vea el gráfico que empieza en la página 2 para conocer cuánto paga por servicios cubiertos después de cumplir con el <b>deducible</b> .
¿Existen otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	Sí. <b>\$3,000</b> persona/ <b>\$6,000</b> familia para todos los servicios ofrecidos en hospital. No se aplica para cuidado preventivo.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad de <b>deducible</b> específica antes que este plan empiece a pagar por estos servicios.
¿Hay un <b>límite de gastos en efectivo</b> de mis costos?	Sí. Para proveedores participantes <b>\$6,600</b> persona / <b>\$13,200</b> familia	El <b>límite de gastos en efectivo</b> es lo máximo que podría pagar durante un periodo de cobertura (normalmente un año) para su parte del costo de servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar los gastos de atención médica.
¿Qué no está incluido en el <b>límite de gastos en efectivo</b> ?	Primas, cargos de facturación de saldos y la atención médica en este plan no cubre.	Aunque puede pagar estos gastos, no cuentan para el <b>límite de gastos en efectivo</b> .
¿Hay un límite anual total sobre qué paga el plan?	No.	El gráfico empieza en la página 2 describe cualquier límite sobre lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> tales como visitas a oficina.
¿Usa este plan una <b>red de proveedores</b> ?	Sí. Vea <a href="http://www.magnacare.com">www.magnacare.com</a> o llame al 1-800-352-6465 para una lista de proveedores participantes.	Si usa un doctor de la red médico u otro <b>proveedor</b> de atención médica, este plan pagará todos o algunos de los costos de los servicios cubiertos. Este consciente que su doctor u hospital en red puede utilizar un <b>proveedor</b> fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término en red, <b>preferido</b> , o participante para <b>proveedores</b> en su <b>red</b> . Vea el gráfico que empieza en la página 2 para conocer cómo este plan paga diferentes tipos de <b>proveedores</b> .

**Preguntas:** Llame al 1-800-352-6465 o visítenos en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com).

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negrita utilizados en este formulario, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com) o llamar al 1-800-1-800-352-6465 para solicitar una copia.

¿Necesito que me refieran para ver a un especialista?	No. No necesita que le refieran para ver a un especialista.	Puede ver al <b>especialista</b> que elija sin autorización de este plan.
¿Hay servicios que este plan no cubre?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se listan en la página 5. Vea su política o documento del plan para obtener información adicional acerca de los <b>servicios excluidos</b> .



- Los **co-pagos** son cantidades fijas en dólares (por ejemplo, \$15) usted paga por atención médica cubierta, generalmente cuando reciba el servicio.
- El **co-aseguro** es *su* parte de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permitida** para el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** del plan para cualquier estadía en el hospital durante la noche es \$1,000, su pago de **co-aseguro** del 20% sería \$200. Esto puede cambiar si no ha cumplido su **deducible**.
- La cantidad que el plan paga por servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor** de red carga más que la **cantidad permitida**, puede que tenga que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un cargo de hospital fuera de la red es \$1,500 para estadía durante la noche y la **cantidad permitida** es de \$1,000, puede tener que pagar la diferencia de \$500. (Esto se llama **facturación de saldos**).
- Este plan puede animarle a usar proveedores participantes cobrándole **deducibles** más bajos, **co-pagos** y cantidades de **co-aseguro**.

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones y Excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
Si visita una oficina o clínica del <b>proveedor de atención médica</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 co-pago/visita	No cubierto	ninguno
	Visita a especialista	\$50 co-pago/visita	No cubierto	ninguno
	Otra visita al consultorio médico	\$50 co-pago para acupuntura, quiropráctico y otras terapias	No cubierto	ninguno
	Cuidado preventivo/valoración/inmunización	Sin cargo	No cubierto	Exámenes preventivos están limitados a uno por año.

**Preguntas:** Llame al 1-800-352-6465 o visítenos en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com).

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negrita utilizados en este formulario, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com) o llamar al 1-800-1-800-352-6465 para solicitar una copia.

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones y Excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (rayos x, análisis de sangre)	\$20 co-pago/prueba para laboratorio/patología; \$50 co-pago/prueba de radiología/rayos x simple	No cubierto	En un local independiente o consultorio a menos que sea necesario en otro entorno.
	Resonancia magnética (exploraciones CT/PET, MRIs)	\$100 co-pago/prueba para radiología avanzada; \$50 co-pago/prueba para ultrasonido	No cubierto	En un local independiente o consultorio a menos que sea necesario en otro entorno.

**Preguntas:** Llame al **1-800-352-6465** o visítenos en **www.magnacare.com**.

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negrita utilizados en este formulario, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en **www.magnacare.com** o llamar al 1-800-1-800-352-6465 para solicitar una copia.

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones y Excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b>  Más información sobre <b>cobertura de medicamentos recetados</b> está disponible en <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a> o 1-800-451-6245.	Medicamentos genéricos	\$25 co-pago/ Prescripción por venta al público; \$50 co-pago/prescripción por correo	No cubierto	Cobertura hasta una provisión de 30 días para prescripciones venta al público y una provisión de 90 días para prescripciones de orden por correo,
	Medicamentos de marca preferida	\$50 co-pago/ prescripción por venta al público; \$100 co-pago/prescripción por correo	No cubierto	Cobertura hasta una provisión de 30 días para prescripciones venta al público y una provisión de 90 días para prescripciones de orden por correo,
	Medicamentos de marca no preferida	\$75 co-pago/ prescripción por venta al público; \$150 co-pago/prescripción por correo	No cubierto	Cobertura hasta una provisión de 30 días para prescripciones de venta al público y una provisión de 90 días para prescripciones de orden por correo.
	Medicamentos de especialidad	Siga como arriba	No cubierto	————ninguno————
<b>Si tiene la cirugía ambulatoria</b>	Costos de instalación (p.ej. centro de cirugía ambulatoria)	Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro	No cubierto	————ninguno————
	Costos de médico/cirujano	Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro	No cubierto	————ninguno————
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	Servicios de sala de emergencia	\$200 co-pago	\$200 co-pago	Repentina y Grave solamente. Co-pago exonerado si admitido dentro 24 horas.

**Preguntas:** Llame al 1-800-352-6465 o visítenos en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com).

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negrita utilizados en este formulario, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com) o llamar al 1-800-1-800-352-6465 para solicitar una copia.

# Western Beef: Plan EPO

Período de Cobertura: 01/01/2017 – 31/12/2017

Resumen de Beneficios y Cobertura: Cuáles son las Coberturas del Plan y Cuáles son los Costos Cobertura para: Familia | Tipo de

Plan: EPO

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones y Excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
	Transporte médico de emergencia	Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro	No cubierto	Cubierto si es medicamento necesario para emergencia.
	Atención urgente	\$50 co-pago	No cubierto	ninguno
Si tiene una estadía hospitalaria	Costo del lugar (p.ej. habitación del hospital)	Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro	No cubierto	ninguno
	Costos de médico/cirujano	Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro	No cubierto	ninguno

**Preguntas:** Llame al 1-800-352-6465 o visítenos en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com).

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negrita utilizados en este formulario, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com) o llamar al 1-800-1-800-352-6465 para solicitar una copia.

# Western Beef: Plan EPO

Período de Cobertura: 01/01/2017 – 31/12/2017

Resumen de Beneficios y Cobertura: Cuáles son las Coberturas del Plan y Cuáles son los Costos Cobertura para: Familia | Tipo de

Plan: EPO

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones y Excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
<b>Si tiene necesidades de salud mental, salud de conducta o abuso de sustancias.</b>	Servicios ambulatorios de salud mental/comportamiento	\$50 co-pago/terapia por electrochoque, visita a consultorio y visita a clínica ambulatoria; 30% co-aseguro visita paciente hospitalizado (paciente admitido)	No cubierto	ninguno
	Servicios paciente hospitalizado de salud mental/comportamiento	Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro	No cubierto	ninguno
	Servicios ambulatorios con desorden usa sustancias	\$50 co-pago desintoxicación y rehabilitación ambulatoria; 30% de co-seguro otros servicios ambulatorios	No cubierto	ninguno
	Servicios de paciente hospitalizado con desorden usa sustancias	Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro	No cubierto	ninguno
<b>Si está embarazada</b>	Cuidado prenatal y postnatal	\$20 co-pago/primer visita	No cubierto	No cubierto para niños dependientes
	Parto y todos los servicios de hospitalización	Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro	No cubierto	No cubierto para niños dependientes

**Preguntas:** Llame al 1-800-352-6465 o visítenos en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com).

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negrita utilizados en este formulario, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com) o llamar al 1-800-1-800-352-6465 para solicitar una copia.

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones y Excepciones
		Proveedor participante	Proveedor no participante	
<b>Si necesita ayuda en recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	Atención médica a domicilio	Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro	No cubierto	Hasta 200 visitas por año para servicios combinados; Cuidados de Enfermería, Rehabilitación PT e Inyección a Domicilio.
	Servicios de rehabilitación	\$50 co-pago/visita para visitas al consultorio; Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro para otras instalaciones y servicios	No cubierto	Hasta 30 visitas por año
	Servicios de habilitación	No cubierto	No cubierto	ninguno
	Atención de enfermería especializada	Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro	No cubierto	Limitado a 60 visitas de hospitalización por año.
	Equipo médico duradero	Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro	No cubierto	Máximo de \$5,000 individual/\$12,500 familia para ortésicas.
	Servicio de hospicio	Sujeto a deducible y 30% de co-aseguro	No cubierto	Limitado a 210 días durante su vida. Visitas a domicilio sin superar las 12 horas por día.
<b>Si su niño necesita cuidados dentales u oculares</b>	Examen de los ojos	No cubierto	No cubierto	Exámenes medicamente necesarios están cubiertos.
	Lentes	No cubierto	No cubierto	ninguno
	Chequeo dental	No cubierto	No cubierto	ninguno

**Preguntas:** Llame al 1-800-352-6465 o visítenos en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com).

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negrita utilizados en este formulario, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com) o llamar al 1-800-1-800-352-6465 para solicitar una copia.

## Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su Plan NO cubre (esta no es una lista completa. Revise su póliza o documento del plan para otros <a href="#">servicios excluidos</a> .)		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención de vigilancia/convaleciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención a largo plazo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados de rutina de la vista</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado dental</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención no de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Biofeedback</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de infertilidad</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermería privada</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vehículos sin culpabilidad</li></ul>

Otros Servicios Cubiertos (esto no es una lista completa. Verifique su póliza o documento del plan para otros servicios cubiertos y los costos para estos servicios).		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura (si se prescribe para fines de rehabilitación)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención quiropráctica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapia física</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Inmunizaciones</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asesoría nutricional</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pedicura</li></ul>

## Sus Derechos para Continuar con la Cobertura:

Si pierde la cobertura bajo el plan, luego, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionar protecciones que le permiten mantener la cobertura de salud. Tales derechos podrán ser de duración limitada y requerirán que pague una **prima**, la cual puede ser considerablemente más alta que la prima que paga mientras está cubierto bajo el plan. Otras limitaciones sobre su derecho para continuar la cobertura pueden aplicar también.

Para más información sobre sus derechos de continuar con la cobertura, contacte al plan en 1-866-624-6276. Puede contactar también al departamento de seguros de su estado, el Departamento de Trabajo, la Administración de Seguridad de Beneficios para el Empleado en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o el Departamento de Salud y Servicios Humanos en 1-877267-2323 1-877267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

## Sus Quejas y Derechos de Apelaciones:

Si tiene una queja o está insatisfecho con la negación de la cobertura para reclamaciones en virtud de su plan, puede **apelar** o presentar una **queja**. Para preguntas acerca de sus derechos, este aviso o ayuda, puede contactar: el plan en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com) o llamando al 1-866-624-6276; o puede contactar a la Administración de Seguridad del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Adicionalmente, un programa de

**Preguntas:** Llame al 1-800-352-6465 o visítenos en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com).

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negrita utilizados en este formulario, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com) o llamar al 1-800-1-800-352-6465 para solicitar una copia.



asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Contacte a la Community Service Society of New York, Community Health Advocates, en 1-888-614-5400 or [www.communityhealthadvocates.org/](http://www.communityhealthadvocates.org/).

## ¿Esta Cobertura Provee Cobertura Esencial Mínima?

La Ley de Atención Asequible requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de salud que califique como "cobertura esencial mínima" **Este plan o póliza no provee cobertura esencial mínima.**

## ¿Esta cobertura Cumple la Norma de Valor Mínimo?

La Ley de Atención Asequible establece una norma de valor mínimo de beneficios de un plan de salud. La norma de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple la norma de valor mínimo para los beneficios que provee.**

**Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-352-6465.**

---

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir costos para un ejemplo de situación médica, vea la próxima página.*

---

**Preguntas:** Llame al 1-800-352-6465 o visítenos en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com).

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negrita utilizados en este formulario, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com) o llamar al 1-800-1-800-352-6465 para solicitar una copia.

## Acerca de Estos Ejemplos de Cobertura

Estos ejemplos muestran cómo este plan podría cubrir la atención médica en ciertas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera un paciente como ejemplo podría conseguir si están cubiertos bajo los planes distintos.



### Esto no es un estimador de costos

No utilice estos ejemplos para estimar sus costos reales bajo este plan. La atención real que recibe será diferente a partir de estos ejemplos, y el costo de esa atención también será distinto.

Vea la próxima página para información importante

### Dar a luz (parto normal)

#### Cantidad adeudada a proveedores:

\$7,540

■ Pagos del plan \$3,775

■ Pagos del paciente \$3,765

#### Ejemplo de costos de atención:

Cargos de hospitalarios (madre)	\$2,700
Cuidado obstétrico de rutina	\$2,100
Cargos hospitalarios (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio	\$500
Prescripciones	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otras preventivas	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### Pagos del paciente:

Deducibles	\$3,000
Co-pagos	\$275
Co-aseguro	\$450
Límites o exclusiones	\$40
<b>Total</b>	<b>\$3,765</b>

### Gestionando diabetes tipo 2

(mantenimiento de rutina de

#### Cantidad adeudada a proveedores:

\$5,400

■ Pagos del plan \$5,255

■ Pagos del paciente \$ 145

#### Ejemplo de costos de atención:

Prescripciones	\$2,900
Equipos y Suministros Médicos	\$1,300
Visitas y Procedimientos de Consultorio	\$700
Educación	\$300
Pruebas de laboratorio	\$100
Vacunas, otras preventivas	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### Pagos del paciente:

Deducibles	\$0
Co-pagos	\$145
Co-aseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
<b>Total</b>	<b>\$145</b>

**Preguntas:** Llame al 1-800-352-6465 o visítenos en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com).

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negrita utilizados en este formulario, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com) o llamar al 1-800-1-800-352-6465 para solicitar una copia.

## Preguntas y respuestas acerca de los Ejemplos de Cobertura:

### ¿Cuáles son algunas de las suposiciones en que se basan los Ejemplos de Cobertura?

- Los costos no incluyen **primas**.
- Los ejemplos de costos de atención se basan en promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y no son específicos de una determinada zona geográfica o plan de salud.
- La condición del paciente no era una condición excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos iniciaron y finalizaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hay otros gastos médicos por cualquier miembro cubierto bajo este plan.
- Los gastos en efectivo se basan solamente por tratamiento de la condición en el ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de los **proveedores** en red. Si el paciente ha recibido atención de **proveedores** fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

### ¿Qué muestra un Ejemplo de Cobertura?

Para cada situación de tratamiento, los Ejemplos de Cobertura le ayudan a ver cómo los **deducibles**, **co-pagos** y **co-aseguros** pueden aumentar. También le ayuda a ver qué gastos podrían quedar hasta que pague, porque el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

### ¿El Ejemplo de Cobertura predice mis propias necesidades de atención médica?

- ✗ **No.** Los tratamientos mostrados son solo ejemplos. La atención que recibiría por esta condición podría ser diferente según los consejos de su médico, su edad, que tan grave es su condición y muchos otros factores.

### ¿El Ejemplo de Cobertura predice mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los Ejemplos de Cobertura **no** son estimadores de costos. Puede usar los ejemplos para estimar los costos para una condición real. Son solo para propósitos

comparativos únicamente. Sus propios costos serán diferentes dependiendo de la atención que reciba, los precios que sus **proveedores** le cargan y el reembolso que su plan de salud lo permita.

### ¿Puedo usar los Ejemplos de Cobertura para comparar planes?

- ✓ **Sí.** Cuando mire el Resumen de Beneficios y Cobertura para otros planes, encontrará los mismos Ejemplos de Cobertura. Cuando compara planes, verifique el casillero “Pagos de Pacientes” en cada ejemplo. Mientras más pequeño sea el número, más cobertura proveerá el plan.

### ¿Hay otros costos que debería considerar cuando comparo planes?

- ✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima** que paga. Generalmente, mientras más baja sea la **prima**, más pagará en costos en efectivo, tales como **co-pagos**, **deducibles**, y **co-aseguro**. Debería también considerar las contribuciones a cuentas como cuentas de ahorro para la salud (HSAs), arreglos de gastos flexibles (FSAs) o cuentas de

**Preguntas:** Llame al 1-800-352-6465 o visítenos en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com).

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negrita utilizados en este formulario, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.magnacare.com](http://www.magnacare.com) o llamar al 1-800-1-800-352-6465 para solicitar una copia.

reembolso de salud (HRSs) que ayudan a pagar gastos en efectivo.

**Preguntas:** Llame al **1-800-352-6465** o visítenos en **www.magnacare.com**.

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negrita utilizados en este formulario, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en **www.magnacare.com** o llamar al 1-800-1-800-352-6465 para solicitar una copia.